



DECLARAÇÃO DE EXAME MÉDICO

Declaro por meio deste e a quem possa interessar, que todos os atletas que estão inscritos pela equipe _____, da qual sou responsável, realizaram exames médicos que os habilita a realizar atividades físicas, especificamente à prática do futebol de campo e se encontram em bom estado de saúde física e mental.

Estou ciente e de pleno acordo que a AMVAP não tem responsabilidade sobre qualquer dano físico ou material decorrente da participação dos atletas e membros das comissões técnicas na competição.

_____, _____ de março de 2014.

ASS. DO REPRESENTANTE

NOME COMPLETO: _____

RG: _____